

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA

CENTRO DE CIÊNCIAS MÉDICAS

CURSO DE MEDICINA

MARIANA PEREIRA MORAIS

**Perfil clínico de pacientes portadores de doenças pulmonares intersticiais
atendidos no Hospital Universitário Lauro Wanderley**

JOÃO PESSOA

2022

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA

CENTRO DE CIÊNCIAS MÉDICAS

CURSO DE MEDICINA

MARIANA PEREIRA MORAIS

**Perfil clínico de pacientes portadores de doenças pulmonares intersticiais
atendidos no Hospital Universitário Lauro Wanderley**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado como requisito parcial à
obtenção do título de Bacharel em
Medicina pela Universidade Federal da
Paraíba.

Orientador: Prof. Dr. Agostinho Hermes
de Medeiros Neto

JOÃO PESSOA

2022

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

M827p Moraes, Mariana Pereira.

Perfil clínico de pacientes portadores de doenças
pulmonares intersticiais atendidos no Hospital
Universitário Lauro Wanderley / Mariana Pereira Moraes.
- João Pessoa, 2022.
23 f. : il.

Orientação: Agostinho Hermes de Medeiros Neto
Medeiros Neto.
TCC (Graduação) - UFPB/CCM.

1. Medicina. 2. Pneumologia. 3. Interstício. I.
Medeiros Neto, Agostinho Hermes de Medeiros Neto. II.
Título.

UFPB/CCM

CDU 616.24(043.2)

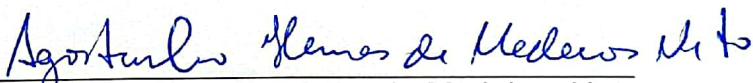
MARIANA PEREIRA MORAIS

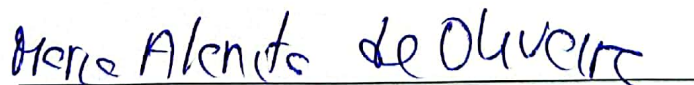
**PERFIL CLÍNICO DE PACIENTES PORTADORES DE DOENÇAS PULMONARES
INTERSTICIAIS ATENDIDOS NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO
WANDERLEY**


Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado como requisito parcial à
obtenção do título de Bacharel em
Medicina pela Universidade Federal da
Paraíba.

Aprovado em: 09/11/2022.

BANCA EXAMINADORA:


Prof. Dr. Agostinho Hermes de Medeiros Neto
(Orientador)
Universidade Federal da Paraíba (UFPB)


Prof. Dra. Maria Alenita Oliveira
Universidade Federal da Paraíba (UFPB)


Prof. Me. Kercia Dantas Saraiva
Universidade Federal da Paraíba (UFPB)

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo dom da vida, por me guiar e amparar em todos os momentos.

Aos meus pais, Maria Salete Pereira e Francisco de Assis, que sempre me incentivaram nos estudos.

Ao professor Agostinho Hermes de Medeiros Neto, pela dedicação e empenho na orientação deste trabalho.

Às professoras Maria Alenita e Kércia Saraiva, que contribuíram ao longo desses semestres, para o desenvolvimento desta pesquisa.

À equipe do Ambulatório de Pneumologia do Hospital Universitário Lauro Wanderley, pela solicitude e acolhimento.

A todos os professores e funcionários do Centro de Ciências Médicas, pelo zelo com o qual exercem suas funções, contribuindo para a curso de medicina da UFPB.

Aos amigos, com quem compartilhei tantos momentos ao longo do curso.

A todos que, de alguma forma, estiveram presentes ao longo da minha formação acadêmica.

“Quando a vida te der um respiro, enche o pulmão de ar e segue adiante.”

Claudine Bernardes

RESUMO

Introdução: As doenças pulmonares intersticiais (DPI) compreendem um grupo heterogêneo composto por mais de 200 doenças pulmonares parenquimatosas, cuja prevalência pode variar de acordo com diferentes estudos e diferentes locais.

Objetivos: Identificar as DPI mais prevalentes no Serviço de Pneumologia do Hospital Universitário Lauro Wanderley de março de 2020 a fevereiro de 2021.

Métodos: Trata-se de um estudo transversal e observacional que consistiu na caracterização clínica, tomográfica e espirométrica dos pacientes atendidos no ambulatório de Pneumologia, de março de 2020 a fevereiro de 2021, com TCAR sugestiva de DPI. Foram excluídos portadores de doença autoimune conhecida encaminhados do Serviço de Reumatologia para avaliação respiratória (uma vez que se entendeu pertencerem a outra população de pacientes), portadores de neoplasia de pulmão já em seguimento pela pneumologia e gestantes. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFPB, de acordo com o que normatiza a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados: Foram identificados 64 casos de DPI; 12 pacientes foram excluídos, pois chegaram ao Serviço de Pneumologia com um diagnóstico prévio já estabelecido. A maior parte dos casos excluídos (8/12) era proveniente do serviço de reumatologia e tinha alguma DPI associada à Doenças do Tecido Conjuntivo (sobretudo, esclerose sistêmica – 4/12). Foram incluídos 52 pacientes. 55,8% do sexo feminino, idade mediana de 55,2 anos. A CVF mediana foi de 57%. O estudo histológico foi realizado em 26,9%. O diagnóstico mais prevalente foi pneumonia de hipersensibilidade crônica (23,1%), seguido de fibrose pulmonar idiopática (17,3%), sarcoidose (11,5%), DTC DPI (9,6%), silicose (7,7%), PH aguda (5,8%), pneumonia em organização criptogênica/bronquiolite crônica/induzida por drogas/refluxo gastroesofágico (4,1% cada) e Birt-Hogg-Dubè/ linfangioleiomiomatose/ histiocitose pulmonar de células de Langerhans/tuberculose/DPI inclassificável (1,9% cada).

Conclusão: As DPI mais prevalentes foram PH crônica, FPI e DPI associadas às doenças do tecido conjuntivo.

Palavras-Chave: Medicina. Pneumologia. Interstício.

ABSTRACT

Introduction: Interstitial lung diseases (ILD) are a large group of + 200 parenchymal pulmonary disorders. Relative frequency of ILD varies according to different sources.

Objectives: The aim of this study was to identify the most prevalent ILD in the pulmonology service of a University Hospital in Brazil.

Methods: Prospective, observational study: were enrolled all patients with ILD pattern HRCT disponible files attended at Pulmonology Service, Hospital Universitário Lauro Wanderley, Universidade Federal da Paraíba, in Brazil, from March 2020 to February 2021. Patients with previously known ILD diagnosis arriving from other services for respiratory evaluation were excluded, as seen like other population. All cases underwent multidisciplinary analysis for ILD diagnosis. Survey was approved by ethics committee.

Results: There were 64 cases of ILD; 12 patients were excluded, as they arrived at Pulmonology Service with a previous accurate diagnosis. Most cases excluded (8/12) came from Rheumatology Service and had connective tissue associated (CTD) ILD (mainly systemic sclerosis – 4/12). 52 patients were included, 55.8% female, median age 55,2 years. Median FVC was 57%. Histological study was performed in 26,9%. The most common diagnosis was chronic hypersensitivity pneumonia (23,1%), followed by idiopathic pulmonary fibrosis (17,3%), sarcoidosis (11,5%), CTD ILD (9,6%), silicosis (7,7%), acute HP (5,8%), criptogenic organizing pneumonia/chronic bronchiolitis/drug induced/gastroesophageal reflux (4,1% each) and Birt-Hogg-Dubè/lymphangiomyomatosis/ pulmonary Langerhans cells histiocytosis/tuberculosis/unclassifiable ILD (1,9% each).

Conclusion: ILD most commonly diagnosed were HP, IPF, sarcoidosis and CTD-ILD.

Key-Words: Medicine. Pneumology. Interstitium.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Prevalência das Doenças Pulmonares Intersticiais diagnosticadas no Serviço de Pneumologia de Março de 2020 a Fevereiro de 2021.....	16
Figura 2 – Diagnóstico X Mediana de idade ao diagnóstico.....	17
Figura 3 – Capacidade Vital Forçada X Quantidade de pacientes.....	18
Figura 4 – Necessidade de oxigênio domiciliar X CVF.....	19

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DPI – Doença Pulmonar Intersticial

DTC – Doença do Tecido Conjuntivo

ERS – European Respiratory Society

FPI – Fibrose Pulmonar Idiopática

HULW – Hospital Universitário Lauro Wanderley

PFP – Prova de Função Pulmonar

PH – Pneumonia de Hipersensibilidade

TCAR – Tomografia Computadorizada de Alta Resolução

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFPB – Universidade Federal da Paraíba

LISTA DE SÍMBOLOS

% Porcentagem

\geq Maior ou igual

\leq Menor ou igual

Sumário

1. INTRODUÇÃO.....	12
2. OBJETIVOS.....	12
2.1. GERAIS.....	12
2.2. ESPECÍFICOS.....	13
3. METODOLOGIA.....	13
4. RESULTADOS.....	16
5. DISCUSSÃO.....	19
6. CONCLUSÃO.....	21
7. REFERÊNCIAS.....	22

1 INTRODUÇÃO

Doença Pulmonar Intersticial (DPI) é um termo utilizado para descrever uma coleção com mais de 200 doenças pulmonares. Essas patologias são classificadas em conjunto, uma vez que todas elas afetam o tecido pulmonar e o espaço ao redor dos alvéolos, o interstício. A depender da patologia específica, outros compartimentos pulmonares podem ser afetados, como o alvéolo propriamente dito, as vias aéreas, os vasos sanguíneos e a pleura. (COTTIN et al., 2018) (BALDI et al., 2012)

Apesar das Doenças Pulmonares Intersticiais já terem sido consideradas raras, estudos epidemiológicos mostram que elas são mais comuns do que reconhecido previamente. Algumas das DPI mais frequentes são: Sarcoidose, Fibrose Pulmonar Idiopática (FPI), Pneumonite de Hipersensibilidade (PH), DPI associada à doença do tecido conjuntivo (DPI-DTC), Pneumoconiose e DPI causada por medicamentos. A hospitalização por DPI ocorre em cerca de 40 em 100.000 pessoas em países como Áustria, Dinamarca, Finlândia e Polônia. Fatores ambientais são reconhecidos como possíveis causas em 35% dos indivíduos com DPI. (WALIS; SPINKS, 2015)

A investigação sobre a prevalência das doenças pulmonares intersticiais é difícil, uma vez que nem sempre se obtêm diagnósticos específicos. Dados de 2013 da European Respiratory Society (ERS) sugeriam que FPI e sarcoidose eram responsáveis por 50% do total de DPI. No Brasil, é crescente o reconhecimento da Pneumonite de Hipersensibilidade como uma das principais condições dentre as DPI, sendo seguida por sarcoidose e posteriormente FPI. (ISLES, 2013) (PEREIRA et al., 2016).

O manejo adequado dos pacientes com Doença Pulmonar Intersticial, em uma quantidade considerável de casos, depende da realização de um diagnóstico preciso e específico. As várias formas de doenças intersticiais podem apresentar características clínicas semelhantes, porém o tratamento pode variar consideravelmente a depender da DPI diagnosticada. (WALIS; SPINKS, 2015)

2 OBJETIVOS

2.1 GERAIS

Caracterizar o perfil clínico dos pacientes portadores de Doenças Pulmonares Intersticiais atendidos no Ambulatório de Pneumologia do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW).

2.2 ESPECÍFICOS

- Avaliar quais são as Doenças Pulmonares Intersticiais mais prevalentes dentre os pacientes atendidos no ambulatório de Pneumologia do HULW;
- Avaliar exposições ambientais relevantes no desenvolvimento ou agravo da DPI.
- Avaliar e classificar os resultados da Prova de Função Pulmonar (PFP).
- Avaliar e classificar o padrão histopatológico da biópsia pulmonar, quando disponível.
- Avaliar o uso de medicamentos para a Doença Pulmonar Intersticial diagnosticada.

3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo observacional transversal que consistiu na caracterização clínica, tomográfica e espirométrica de pacientes atendidos no Ambulatório de Pneumologia, de março de 2020 a fevereiro de 2021, portadores de TCAR sugestiva de DPI. Foi realizado no Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW), na cidade de João Pessoa – PB.

Para compor a população do estudo, foram incluídos pacientes com TCAR sugestiva de Doença Pulmonar Intersticial, idade superior a 18 anos e que concordaram em participar do projeto mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram excluídos portadores de doença autoimune conhecida já em seguimento pela pneumologia, ou encaminhados da reumatologia para avaliação respiratória, portadores de neoplasia de pulmão já em seguimento pela pneumologia e gestantes.

Foi realizada uma amostragem não probabilística por conveniência, com abordagem de todos os pacientes com DPI, uma vez que se trata de doenças com baixa prevalência.

Após a consulta ambulatorial de rotina, foi apresentado a cada paciente o projeto de pesquisa e seus objetivos. Aqueles que concordaram em participar, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Em seguida, foi realizada a entrevista para preenchimento do questionário baseado na ficha de coleta de dados dos pacientes portadores de DPI da Escola Paulista de Medicina/UNIFESP. (PERERIRA et al., 2016). Com este mesmo fim, foi realizada a consulta aos prontuários dos pacientes, de onde foram obtidos dados laboratoriais e exames complementares anteriores.

As variáveis avaliadas foram: sexo, idade, sintomas (tosse, dispneia, fadiga, perda de peso, febre, artralgia), tempo desde o início dos sintomas, tabagismo e comorbidades, medicamentos em uso, exposições ambientais, história ocupacional, achados tomográficos, espirometria e avaliação da histologia pulmonar, quando realizada.

O diagnóstico da DPI foi realizado com base na imagem tomográfica avaliada em conjunto por 3 médicos pneumologistas, história de exposição e clínica de cada participante da pesquisa. O estudo histológico, quando realizado, foi discutido em conjunto com médico patologista. Os casos suspeitos de DPI-DTC foram discutidos e diagnosticados em reunião multidisciplinar com a reumatologia do serviço. Na análise diagnóstica multidisciplinar, utilizaram-se critérios já estabelecidos na literatura para o diagnóstico das DPI mais prevalentes.

Em relação à PH crônica, o diagnóstico foi baseado com base na avaliação clínica, história de exposição ambiental a antígenos orgânicos, relação da exposição com o desenvolvimento e progressão dos sintomas, associados ao padrão tomográfico apresentando nódulos centrolobulares, opacificações em vidro fosco, pavimentação em mosaico, aprisionamento aéreo e-ou fibrose, em casos mais avançados. (WALSH et al. 2012) (PATEL et al., 2000). Em casos de dúvida diagnóstica, a avaliação histológica foi realizada.

Para o diagnóstico de FPI, seguiu-se a diretriz proposta por Raghu et al, que classifica os achados tomográficos como Pneumonia Intersticial Usual (PIU) provável, possível ou inconsistente. Em casos de apresentação clínica compatível, padrão característico à TCAR e exclusão de exposições ambientais relevantes, colagenoses, ou lesão pulmonar por drogas o diagnóstico de FPI prescindiu da biópsia pulmonar. (RAGHU et al., 2018)

Nos casos de sarcoidose, o diagnóstico foi aventado pela clínica pulmonar, sintomas sistêmicos (febre, fadiga, artralgia, linfonodomegalia, eritema nodoso) e achados tomográficos compatíveis, caracteristicamente apresentando micronódulos, espessamento de feixes peribroncovasculares e nódulos de distribuição perilinfática, ou espessamento septal, bronquioloectasias de tração, fibrose e retração hilar, em casos mais avançados. Para a confirmação diagnóstica, sempre foi realizada avaliação histológica a fim de encontrar granulomas, com células gigantes e histiócitos epitelioides. (JUDSON; MORGENTHAU; BAUGHMAN, 2017)

As DPI-DTC foram diagnosticadas em conjunto com o Serviço de Reumatologia, a partir da clínica sistêmica, avaliação tomográfica e realização de exames sorológicos, quando pertinente. (KAIRALLA; KAWANO, 2018).

Para realizar a análise estatística, os pacientes foram caracterizados em relação às variáveis clínicas, tomográficas, espirométricas, laboratoriais e anatomopatológicas. Os resultados receberam uma abordagem inicialmente descritiva.

As variáveis qualitativas foram expressas na forma de frequências (simples ou relativas), e, as numéricas, em média, mediana, desvio-padrão, valores máximo, mínimo e intervalo interquartil.

Fizeram parte da amostra, exclusivamente, os pacientes que concordaram em participar do estudo mediante esclarecimento e autorização por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) no início da pesquisa. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HULW, da UFPB, de acordo com o que normatiza a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Além do tempo consumido no questionário, não houve prejuízo ou risco para os pacientes. Os dados médicos foram tratados estatisticamente, mantendo-se o sigilo médico.

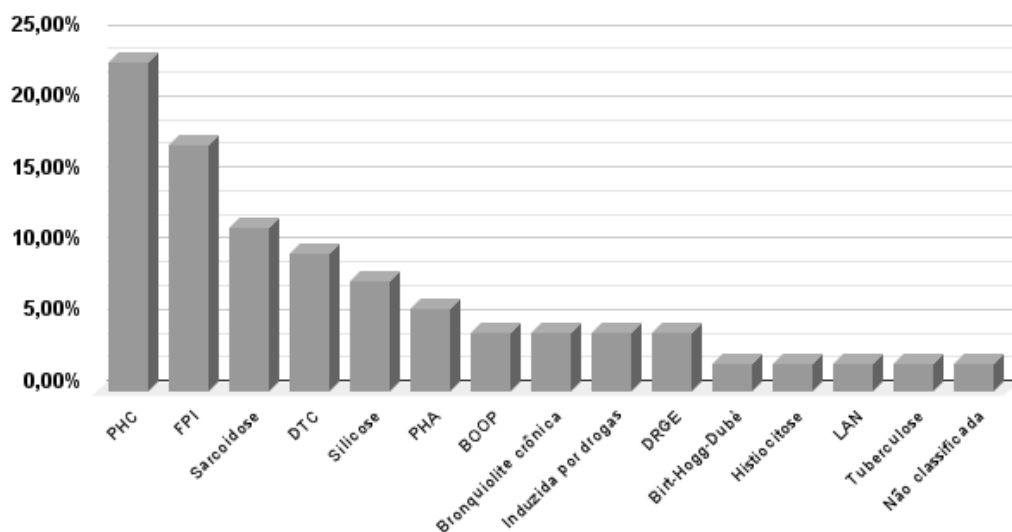
4 RESULTADOS

Foram identificados 64 casos de DPI. Doze pacientes foram excluídos, uma vez que chegaram ao ambulatório de pneumologia com diagnóstico já estabelecido. Julgamos necessária esta delimitação da amostra, visto que pacientes do Serviço de Reumatologia com doenças autoimunes conhecidas são avaliados no Ambulatório de Pneumologia para detecção e seguimento de acometimento pulmonar. Entendemos que esta é uma amostra distinta. Dentre estes, 8 possuíam alguma DPI associada à DTC, dos quais, 4 eram portadores de ES, 2 de dermatopolimiosite, 1 de síndrome de Sjogren e 1 de síndrome antisintetase. Os 4 pacientes restantes possuíam sarcoidose (2), síndrome de jó (1) ou FPI (1).

Foram incluídos 52 pacientes, os quais apresentaram mediana de idade de 55,2 anos, sendo 55,8% do sexo feminino.

A DPI mais prevalente foi PHC (23,1%), seguida por FPI (17,3%) e sarcoidose (11,5%). A frequência de cada pneumopatia é apresentada na figura 1.

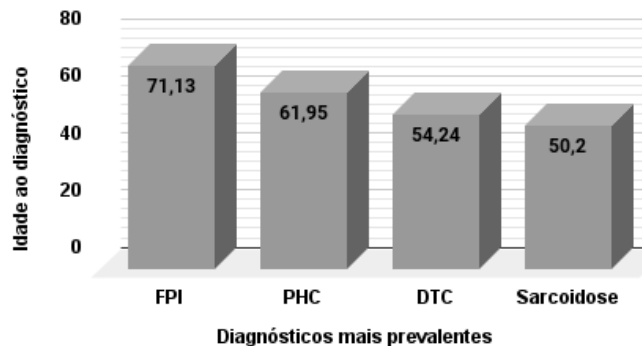
Figura 1 – Prevalência das Doenças Pulmonares Intersticiais diagnosticadas no Serviço de Pneumologia de Março de 2020 a Fevereiro de 2021



Fonte: autor.

No momento do diagnóstico, 100% dos pacientes referiram apresentar tosse e/ou dispneia. Em 62,5% dos casos, a tosse não era acompanhada de expectoração. Além das manifestações respiratórias, 40,4% dos participantes relataram perda de peso não intencional desde o início dos sintomas. O tempo decorrido entre o início dos sintomas e o estabelecimento do diagnóstico foi de, em média, 8,6 meses. A mediana de idade dos portadores de PHC no momento do diagnóstico foi de 61,95 anos, ao passo que, a dos pacientes com FPI foi 71,13. A mediana de idade ao diagnóstico das DPI mais prevalentes é apresentada na figura 2.

Figura 2 – Diagnóstico X Mediana de idade ao diagnóstico



Fonte: autor.

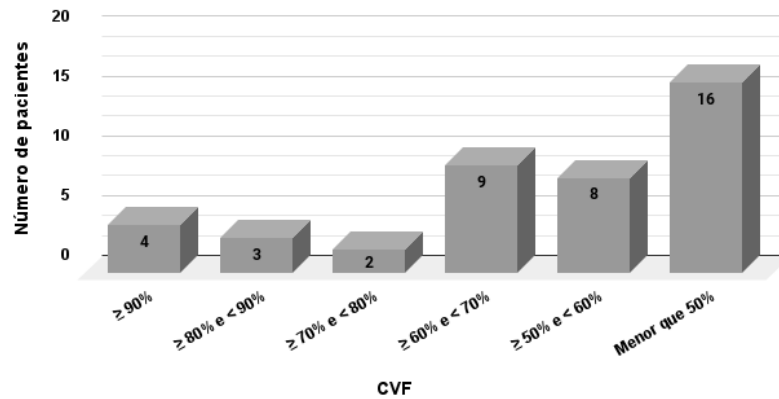
Tabagismo prévio e/ou atual foi relatado por 44,2% dos pacientes, com carga tabágica média de 42,62 maços x ano. Em relação à história de exposição, 34,6% dos pacientes referiram contato frequente com pássaros ou mofo. Destes, 50% foram diagnosticados com pneumonia de hipersensibilidade. Além disso, 13,5% (7) dos pacientes relataram exposição importante a poeiras mistas durante o trabalho, 7,7% (4) contato com sílica e 5,8% (3) referiram trabalho prévio na agricultura. Vinte e cinco (48,2%) pacientes negaram exposições relevantes.

Em relação à função respiratória, foram avaliadas espirometrias de 80,8% dos pacientes, as quais apresentaram uma média de CVF de 57% (16% - 91%). Dos 10 (19,2%) pacientes que não apresentam análise funcional, 4 não conseguiram realizar o exame em virtude da clínica respiratória e 6 não apresentaram registro do exame em prontuário.

Dentre os pacientes com espirometria disponível, 18 apresentaram CVF \geq 60%, 16 apresentaram CVF $<$ 50% e 8 apresentaram CVF entre 50% e 59% (figura 3). Os portadores de DPI com predomínio de fibrose à TCAR apresentaram uma média de

CVF de 54%, enquanto que, aqueles em que alterações inflamatórias predominavam na imagem, obtiveram uma CVF média de 60%, não apresentando diferença estatisticamente significativa.

Figura 3 – Capacidade Vital Forçada X Quantidade de pacientes

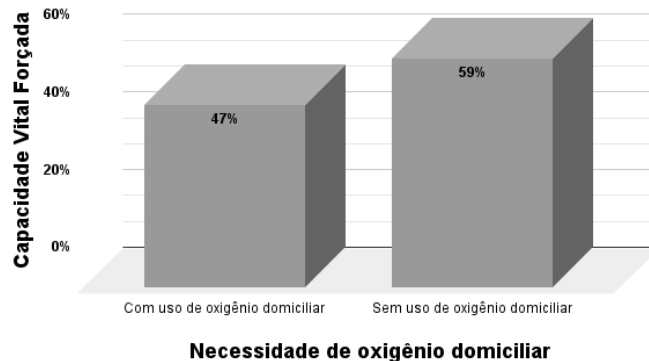


Fonte: autor.

Em 26,9% dos pacientes foi realizada avaliação histológica do parênquima pulmonar. O diagnóstico aventado pela avaliação clínico-tomográfica foi ratificado em 92,3% das biópsias. As alterações histopatológicas variaram desde a presença de granulomas sem áreas de fibrose pulmonar, como em alguns estágios da sarcoidose, até a presença de extensas áreas de fibrose com acentuada distorção arquitetural pulmonar, encontrada em pacientes com FPI.

Sobre o tratamento, 51,9% dos pacientes entrevistados usavam algum medicamento para o controle da DPI. Destes, 85,2% referiram uso atual ou prévio de prednisona. Três pacientes (5,8%) faziam uso de algum agente antifibrótico, dos quais, 2 eram portadores de FPI e, o outro, possuía uma DPI fibrosante não classificada. Todos os pacientes com DTC faziam uso de imunossupressores.

Referente à oxigenioterapia, 23,1% dos indivíduos necessitaram do uso de oxigênio domiciliar, dos quais, 100% eram diagnosticados como portadores de doença pulmonar fibrosante, possuindo uma média de CVF de 47% (figura 4).

Figura 4 – Necessidade de oxigênio domiciliar X CVF

Fonte: autor.

5 DISCUSSÃO

A prevalência de cada DPI pode variar bastante a depender do local estudado. Poucos trabalhos descrevem a prevalência global destas doenças, uma vez que o diagnóstico pode ser difícil, envolvendo uma equipe multidisciplinar. (ALMEIDA et al., 2020)

Na América do Norte, FPI, DPI-DTC e PHC representam as formas mais prevalentes de DPI, enquanto que, na Índia, a distribuição de DPI em uma população foi de 47,3% de PHC, 13,9% de DPI-DTC e 13,7% de FPI. A distribuição de DPI em nosso estudo se assemelhou aos estudos indianos, tendo FPI, PHC. (ORTEGA; MOLINA, 2019)

Um importante fator que pode contribuir para as diferentes prevalências geográficas das DPI é a exposição ambiental de cada população. Um estudo realizado na universidade de Maryland, nos Estados Unidos mostrou que 168 de 179 pacientes apresentavam uma ou mais exposições ambientais ou características pertinentes do histórico médico foram identificadas, incluindo exposições recreativas/acidentais, residenciais e ocupacionais, doença autoimune sistêmica, malignidade, uso de medicamentos e histórico familiar. O processo de discussão multidisciplinar do estudo demonstrou a importância de avaliar de forma abrangente essas exposições e características, além de apenas observar sua presença, para obter diagnósticos clínicos consensuais.

Na mesma pesquisa, em 77 pacientes em que o diagnóstico de consenso da reunião multidisciplinar diferia do diagnóstico de referência, a avaliação de exposições ambientais e histórico médico foi considerada retrospectivamente o fator mais impactante. (DODIA et al., 2021)

No presente estudo, o tempo médio do início dos sintomas até o estabelecimento do diagnóstico foi de 8,6 meses. De acordo com Cosgrove et al, este intervalo é de cerca de 7 meses (variando de 0 a 252 meses). Esses autores descrevem que 55% dos pacientes relataram ≥ 1 erro de diagnóstico e 38% relataram ≥ 2 erros de diagnóstico antes do diagnóstico definitivo. (COSGROVE et al., 2018)

No nosso estudo, todos os pacientes referiram tosse e/ou dispneia progressivas, assim como obtido na pesquisa de Cosgrove et al, que indicou que a maioria dos entrevistados experimentou um início gradual dos sintomas, que normalmente incluíam falta de ar (77,2%), tosse (53,0%) e fadiga (38,0%). (CORGROVE et al., 2018)

Em relação à espirometria, o distúrbio ventilatório mais encontrado em nossa pesquisa foi o restritivo, ratificando o padrão funcional das DPI. A amplitude na capacidade vital forçada encontrada (16% - 91%) pode ser consequência da heterogeneidade própria das intersticiopatias e os diferentes estágios de progressão da doença de cada paciente, além de comorbidades associadas.(SOARES; PEREIRA; COSTA, 2018) (VEIT et al., 2020) (WIJSENBEEK; COTTIN, 2020)

A avaliação anatomopatológica foi realizada na minoria dos pacientes. Padrões tomográficos típicos associados a dados clínicos estreitam o diagnóstico das DPI, podendo sugerir o diagnóstico correto com alto grau de acurácia, diminuindo a necessidade de exame tecidual em grande parte dos casos. Apesar de confirmar o diagnóstico da pneumopatia intersticial, a biópsia pulmonar é um procedimento invasivo, de alto custo, e, por vezes, de difícil acesso, de modo que a tendência atual é reservá-la para os casos duvidosos. (JAWAD et al., 2012) (ELICKER et al., 2008)

Em relação ao tratamento, a maioria dos pacientes fez uso de corticoide ou imunossupressores, tendo em vista as DPI mais prevalentes em no estudo. Agentes antifibróticos, apesar de utilizados, ainda se constituem como tratamento incipiente em nosso serviço.

6 CONCLUSÃO

O presente estudo permite concluir que as Doenças Pulmonares Intersticiais mais prevalentes foram Pneumonite de Hipersensibilidade Crônica, Fibrose Pulmonar Idiopática e Sarcoidose.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Renata Fraçomeni et al. High resolution computed tomography patterns in interstitial lung disease (ILD): prevalence and prognosis. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 46, 2020.

ARIMURA, Fábio Eiji. Abordagem Diagnóstica Multidisciplinar das Doenças Pulmonares Intersticiais - Avaliação Clínica, Radiológica e Anatomopatológica. *In*: KAWASSAKI, Alexandre de Melo. **Doenças Pulmonares Intersticiais**. São Paulo: Atheneu, 2018. p. 39-76.

BALDI, Bruno *et al.* Destaques das diretrizes de doenças pulmonares intersticiais da Sociedade Brasileira de pneumologia e Tisiologia. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, São Paulo, v. 38, n. 3, p. 282–291, jun. 2012.

COSGROVE, Gregory P. et al. Barriers to timely diagnosis of interstitial lung disease in the real world: the INTENSITY survey. **BMC pulmonary medicine**, v. 18, n. 1, p. 1-9, 2018.

COTTIN, Vincent *et al.* Presentation, diagnosis and clinical course of the spectrum of progressive-fibrosing interstitial lung diseases. **European Respiratory Review**, Sheffield, v. 27, n. 150, p. 1-11, nov. 2018.

DODIA, Neal et al. A comprehensive assessment of environmental exposures and the medical history guides multidisciplinary discussion in interstitial lung disease. **Respiratory Medicine**, v. 179, p. 106333, 2021.

ELICKER, Brett *et al.* Padrões tomográficos das doenças intersticiais pulmonares difusas com correlação clínica e patológica. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, São Paulo, v. 34, n. 9, p. 715–744, mar. 2008.

FERGUSON, E.; BERKOWITZ, E. Lung CT: Part 2, the interstitial pneumonias - Clinical, histologic, and CT manifestations. **American Journal of Roentgenology**, Leesburg, v. 199, n. 4, p. 464–476, oct. 2012.
(FERGUSON; BERKOWITZ, 2012)

ISLES, B. Interstitial Lung Diseases. *In*: GIBSON, G. John *et al.* **The European Lung White Book**. Sheffield: European Respiratory Society, 2013. p. 256-269.

JAWAD, H. *et al.* Radiological Approach to Interstitial Lung Disease: A Guide for the Non radiologist. **Clinics in Chest Medicine**, Maryland Heights, v. 33, n. 1, p. 11–26, mar. 2012.

JUDSON, Marc; MORGENTHAU, Adam; BAUGHMAN, Robert. Sarcoidose. *In*: BROADDUS, V. Courtney *et al.* **Murray e Nadel: Tratado de Medicina Respiratória**. 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017. p. 1188-1206.

KAIRALLA, Ronaldo; KAWANO, Leticia. Doenças pulmonares Intersticiais nas Doenças do Tecido Conjuntivo. *In*: KAWASSAKI, Alexandre de Melo. **Doenças Pulmonares Intersticiais**. São Paulo: Atheneu, 2018. p. 243-265.

PATTERSON, Karen; ROSE, Ceciles. Pneumonite por hipersensibilidade. *In*: BROADDUS, V. Courtney *et al.* **Murray e Nadel: Tratado de Medicina Respiratória**. 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017. p. 1153-1164.

PEREIRA, Carlos. *et al.* Chronic hypersensitivity pneumonitis. **Journal of Asthma and Allergy**, London, v. 9, n. 1, p. 171-181, sep. 2016.

RAGHU, G. *et al.* An official ATS/ERS/JRS/ALAT clinical practice guideline: Diagnosis of idiopathic pulmonary fibrosis. **American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine**, New York, v.198, n. 5, p. e44-e68, sep. 2018.

RIVERA-ORTEGA, Pilar; MOLINA-MOLINA, Maria. Interstitial lung diseases in developing countries. **Annals of Global Health**, v. 85, n. 1, 2019.

SOARES, Maria Raquel; PEREIRA, Carlos; COSTA, Camila. Avaliação Funcional das Doenças Pulmonares Intersticiais: Provas de Função Pulmonar e Testes de Esforço. *In*: KAWASSAKI, Alexandre de Melo. **Doenças Pulmonares Intersticiais**. São Paulo: Atheneu, 2018. p. 77-90.

VEIT, Tobias *et al.* Variability of forced vital capacity in progressive interstitial lung disease: a prospective observational study. **Respiratory Research**, v. 21, n. 1, p. 1-10, 2020.

WALLIS, A.; SPINKS, K. The diagnosis and management of interstitial lung diseases. **The BMJ**, London, v. 350, n. 1, p. 1–13, may 2015.

WALSH, Simon LF *et al.* Chronic hypersensitivity pneumonitis: high resolution computed tomography patterns and pulmonary function indices as prognostic determinants. **European radiology**, v. 22, n. 8, p. 1672-1679, 2012.

WIJSENBEEK, Marlies; COTTIN, Vincent. Spectrum of fibrotic lung diseases. **New England Journal of Medicine**, v. 383, n. 10, p. 958-968, 2020.